

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00154 vom 30. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00154

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00154 du 30 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00154 del 30 giugno 2010

Erwägungen

E. 3

3.1 Die IV-Stelle hatte der Versicherten mit Verfügung vom 19. November 2004 ab dem 1. Juli 2004 eine Dreiviertelsrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 64 % zugesprochen (Urk. 8/24). Nach der Durchführung einer im Juni 2006 eingeleiteten amtlichen Revision (Urk. 8/40) hielt die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 22. Januar 2009 fest, der Beschwerdeführerin sei gestützt auf das Gutachten des Spitals Y. vom 18. Oktober 2007 eine leidensangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin und Verkaufsberaterin habe aus versicherungsmedizinischer Sicht bereits einer angepassten Tätigkeit entsprochen. Die Beschwerdeführerin habe daher ab dem 1. Juli 2004 weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 2, Urk. 7).

Dagegen macht die Beschwerdeführerin geltend, die IV-Stelle sei in ihrer früheren Verfügung fälschlicherweise davon ausgegangen, sie könne in der Tätigkeit als Call-Center-Mitarbeiterin und Verkaufsberaterin einer 50%igen Tätigkeit nachgehen. Für eine herzkrankte Person sei eine Stelle in einem Call-Center, wo es notorisch hektisch zugehe, gesundheitlich ausgesprochen unzumutbar. Der ermittelte Invaliditätsgrad von 64 % sei schon damals nicht haltbar gewesen. Im Rahmen der von der IV-Stelle am 22. Juni 2006 durchgeführten Rentenrevision habe die IV-Stelle die Einschätzung von Dr. A. übergegangen und sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe. Sie habe allein aus kardiologischen Gründen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Zudem habe der begutachtende Psychiater eine volle und dauernde Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Urk. 1).

3.2 Strittig und zu prägen ist somit, ob es seit der Zusprache der Dreiviertelsrente am 19. November 2004 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen ist, welcher nunmehr zu einer ganzen Invalidenrente berechtigt.

E. 4

4.1 Zum Zeitpunkt der Rentenzusprache vom 19. November 2004 (Urk. 8/24) lag bei der Beschwerdeführerin eine Herzerkrankung nach einem Herzinfarkt und operativen Eingriffen im Jahr 1999 vor, welche sie in der bisherigen Tätigkeit zu 50 % einschränkte (Urk. 8/14 insbesondere S. 1 und S. 4; vgl. auch Urk. 8/9 S. 1). Dabei kann die Einschätzung der IV-Stelle, es habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 9) - nicht als unhaltbar bezeichnet werden, zumal sie sich aus dem Bericht des Spitals Y. vom 4. Juni 2004 (Urk. 8/14 S. 1 und S. 4) ergibt. Dass Dr. med. A., Facharzt FMH für Innere Medizin,

im Bericht vom 25. Mai 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Mai 2004 attestierte (Urk. 8/9 S. 1), lässt die rechtskräftige Verfügung und Einschätzung nicht als unhaltbar erscheinen.

4.2 Über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Rentenrevision geben die folgenden Berichte Auskunft:

Dr. A. führte in seinem Bericht vom 30. August 2006 die Diagnosen einer koronaren 1-Gefäss-Erkrankung, eines gastroesophagealen Reflux, einer chronischen Obstipation, Sigmadivertikulose, einer Osteoporose, eines Verdachts auf Sialolithiasis der Glandula submandibularis rechts und einer Penicillinallergie auf (Urk. 8/44 S. 1 f.). Gemäss seiner Einschätzung in diesem Bericht sowie der medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit vom 29. August 2006 bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 8/44 S. 3 f.).

Im Gutachten der medizinischen Poliklinik des Spitals Y. vom 18. Oktober 2007 wurden die Diagnosen chronisch rezidivierender Thoraxschmerzen (Differentialdiagnose: kardial-ischämisch, Reflux, radikulär, Somatisierungsstörung im Rahmen einer Depression), einer chronischen koronaren Herzkrankheit, eines gastroesophagealen Reflux, einer mittelschweren Sigmadivertikulose, einer anamnestischen Penicillinallergie sowie einer Skoliose und degenerativer Veränderungen der Lenden- und Brustwirbelsäule festgehalten. Trotz unauffälliger Befunde seit 2004 habe die Versicherte ein Kribbeln im Halsbereich beidseits bis zum Kiefer ausstrahlend sowie Kribbelparästhesien in beiden Armen begleitet von thorakalem Druckgefühl geschildert. Es bestehe insgesamt ein deutlicher Trainingsmangel. Aufgrund der Befunde werde primär ein Ausbau der medikamentösen, antiischämischen Therapie, insbesondere die Optimierung des kardiovaskulären Risikoprofils, empfohlen. Neben einer möglichen kardial-ischämischen Schmerzkomponente beständen degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule. Es bedürfte zur Klärung der Frage, inwiefern diese Schmerzen zu den belastungsabhängigen thorakalen Schmerzen beitragen, einer fachärztlichen Beurteilung von rheumatologischer Seite. Neben verschiedenen somatischen Ursachen sei die Beschwerdeführerin nach jahrelanger Leidensgeschichte auch von psychischer Seite her belastet. Eine begleitende psychiatrische Betreuung sei bisher stets abgelehnt worden. Es werde aber eine Beurteilung, allenfalls eine Behandlung durch einen Psychiater betreffend eine mögliche Somatisierungstendenz als Ursache der chronischen Schmerzen empfohlen. Zusammenfassend könne aufgrund der Untersuchung momentan keine klare Schmerzursache gefunden werden. Da eine koronare Schmerzursache noch nicht sicher ausgeschlossen sei, bestehe aber aus internistischer Sicht für eine sitzende (körperlich nicht belastende Tätigkeit) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/70).

Dr. Z. und lic. phil. B. hielten in ihrem Gutachten vom 12. März 2008 fest, es liege neben der Herzerkrankung eine relevante psychische Störung in Form einer somatoformen autonomen Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) vor. Als Nebendiagnose sei ein Abhängigkeitssyndrom von Sedativa auf dem Boden einer auffälligen Persönlichkeitsstruktur zu diagnostizieren (ICD-10: F13.2). Der Aktenauszug, die Vorgeschichte, die Angaben zur aktuellen Situation, die eigenen Untersuchungen sowie die klinischen Befunde würden die Entwicklung einer somatoformen Störung auf dem Hintergrund der koronaren 1-Gefäss-Erkrankung und des erlittenen Herzinfarktes mit seinen Folgen deutlich zeigen. Die dysthyme Symptomatik

gehört zur somatoformen Störung, weshalb auf eine entsprechende Nebendiagnose verzichtet werde. Die Störung erscheine chronifiziert und fixiert. Als Beginn der allmählichen Entwicklung der somatoformen Störung könne das Frühjahr 2004 und schliesslich der Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe angenommen werden. Mit genügender Sicherheit dürfte der Zeitpunkt der relevanten Beeinträchtigung durch die zusätzliche psychische Störung auf Mai 2005 festgelegt werden. Damals dürfte die zusätzliche Arbeitsunfähigkeit durch die psychische Störung mit 30 % und die globale Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und eine behinderungsangepasste Tätigkeit damit 80 % erreicht haben. Seither habe die Arbeitsunfähigkeit durch die Chronifizierung der Störung weiter zugenommen. Aktuell werde die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit 100 % beziffert, denn der Versicherten würden heute störungsbedingt die für jede Hilfsarbeit erforderliche Monotonietoleranz, die Anpassungsfähigkeit, die Ausdauer, die Konzentration und die Motivation dafür fehlen. Demzufolge dürfte auch die Eingliederung in eine leichte, sitzende Tätigkeit nicht möglich sein. Da die Störung chronifiziert und fixiert sei, erscheine eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch einen Klinikaufenthalt als zweifelhaft. Berufliche Massnahmen seien zum jetzigen Zeitpunkt zwecklos. In Bezug auf die Einschätzungen der anderen involvierten Ärzte hielten die Gutachter fest, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Spezialisten konzentriere sich auf den Herzbefund, während der Hausarzt wohl von Anfang an die unterschiedlichen Beschwerden der Versicherten und die psychische Komponente in seiner Beurteilung berücksichtigt haben dürfte. Daher sei die unterschiedliche Einschätzung eigentlich kein Widerspruch. Die involvierten Ärzte des Spitals Y. hätten in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2007 zwar die psychiatrische Störung wahrgenommen. Diese sei aber bezüglich der Beeinträchtigungsschwere nicht adäquat gewichtet worden (Urk. 8/75).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den Berichten der Klinik für Kardiologie des Spitals Y. vom 3. September und vom 2. Juli 2008 ergeben sich weder in Bezug auf den Gesundheitszustand noch auf die Arbeitsfähigkeit weitere Hinweise (Urk. 8/83).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der regionale ärztliche Dienst der IV-Stelle (nachfolgend: RAD) hielt in seiner Stellungnahme vom 20. März 2008 fest, die somatoforme Störung sei als IV-fremd zu beurteilen, da eine somatoforme Störung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung medizinisch-theoretisch überwindbar seien. Ein Ausnahmefall sei nicht ausgewiesen, da weder eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorliege noch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ausgewiesen sei. Unter Berücksichtigung chronischer körperlicher Begleiterkrankungen im Sinne einer koronaren Herzkrankheit sowie degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule sei aus versicherungsmedizinischer Sicht eine leidensangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar (Urk. 8/77 S. 4 f.; vgl. auch die Stellungnahme des RAD vom 10. Oktober 2008, Urk. 8/86 S. 2).

4.3 Ä Ä Ä Ä Aufgrund der neu aufgetretenen Rücken- und psychischen Beschwerden ist zum einen von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen (Urk. 8/70, Urk. 8/75). Zum anderen liegt - entgegen der Auffassung der IV-Stelle (Urk. 2, Urk. 7) - infolge der nunmehr manifesten Ausprägung der diagnostizierten somatoformen autonomen Funktionsstörung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin vor. Dabei ist vorwegzunehmen, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur (Un-)überwindbarkeit einer somatoformen Schmerzstörung (vgl.

Erw. 2.1.2) analog auf die zu beurteilende somatoforme autonome Funktionsstörung anzuwenden ist, zumal diese Störung zu den Somatisierungsstörungen gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 6. Auflage, ICD-10: F45.0, S. 199-208) gehört (vgl. auch Bundesgerichtsentscheide vom 14. April 2008 in Sachen M., I 70/07, Erw. 5; vom 16. Dezember 2008 in Sachen K., 8C_195/2008, Erw. 3; und vom 30. April 2009 in Sachen R., 8C_706/2008, Erw. 3.3). Unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht festgehaltenen Kriterien ist - entgegen der Auffassung des RAD (Urk. 8/77 S. 4 f.) - sodann davon auszugehen, dass ausnahmsweise die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen sind. Zwar liegt, wie der RAD richtig erkannte, keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor (vgl. Urk. 8/75, Urk. 8/77 S. 4). Eine solche Komorbidität ist jedoch keine zwingende Voraussetzung. Vielmehr können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person für die ausnahmsweise Annahme einer Unüberwindbarkeit mass- und ausschlaggebend sein (vgl. Erw. 2.1.2). Gestützt auf das ausführliche und sorgfältige Gutachten von Dr. Z.____ und lic. phil. B.____ (Urk. 8/75), welches von der IV-Stelle bis auf die versicherungsrechtliche Schlussfolgerung nicht in Zweifel gezogen wurde, müssen mehrere dieser Kriterien in der erforderlichen Ausprägung als erfüllt erachtet werden. So liegt zweifellos eine die Arbeitsfähigkeit im Ausmass von 50 % einschränkende chronische körperliche Begleiterkrankung im Sinne einer chronischen koronaren Herzkrankheit mit einer möglichen Randischämie vor (Urk. 2, Urk. 8/70 S. 1 und S. 4, Urk. 8/77 S. 4 f.). Weiter ist in Bezug auf die psychische Erkrankung ein ausgewiesener mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung gegeben. Denn eine bestehende psychische Problematik im Rahmen einer möglichen Somatisierungstendenz geht bereits aus dem Bericht der medizinischen Poliklinik des Spitals Y.____ vom 18. Oktober 2007 hervor, indem festgehalten wurde, die Versicherte sei nach jahrelanger Leidensgeschichte auch von psychischer Seite her belastet. Es werde eine Beurteilung und allenfalls eine Behandlung durch einen Psychiater empfohlen (Urk. 8/70 S. 4). Diese Auffassung wird durch das psychiatrische Gutachten vom 12. März 2008 gestützt. Darin wurde nämlich als Beginn der allmählichen Entwicklung der somatoformen Störung das Frühjahr 2004 genannt. Weiter wurde festgehalten, der Zeitpunkt der relevanten Beeinträchtigung durch die zusätzliche psychische Störung könne mit genügender Sicherheit auf Mai 2005 festgelegt werden (Urk. 8/75 S. 15 f.). Entgegen der Auffassung des RAD (Urk. 8/77 S. 4) ist sodann von einem sozialen Rückzug der Beschwerdeführerin in allen Belangen des Lebens auszugehen. So schilderte sie anlässlich der Begutachtung durch Dr. Z.____ und lic. phil. B.____, sie fühle sich durch die ständigen Schmerzen, die Unruhe und Atemnot in ihren Beziehungen sehr eingeschränkt. Sie wolle ihren Bekannten nicht zur Last fallen und ziehe sich eher zurück. Sie sei es auch leid, geplante Unternehmungen oder Besuche

immer wieder absagen zu müssen, weil es ihr so schlecht gehe, dass sie nicht wage, das Haus zu verlassen (Urk. 8/75 S. 11; vgl. auch S. 13: "Ein sozialer Rückzug wird betont."). Es bestehen dabei keine Hinweise darauf, dass diese Angaben nicht zutreffen. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung wurde sodann durch Dr. Z.____ und lic. phil. B.____ ebenfalls geschildert. So hielten die Gutachter fest, die Krankheitsbewältigung durch die Beschwerdeführerin scheine nicht geglückt zu sein. Wut, Enttäuschung, Auflehnung und Trauer würden sich immer noch ungebrochen auf das Symptom als negatives inneres Objekt und auf negative Objekte in der äusseren Realität richten. Die Beeinträchtigung der körperlichen Integrität und die Notwendigkeit vom perfektionistischen Leistungsdenken zu lassen, würden nicht in das Selbstbild der Patientin passen. In der Regel würden unbewältigte Lebensenttäuschungen zur - für das Phänomen der Somatisierung typischen - Enttäuschungsaggression führen. Die somatoforme autonome Störung erscheine chronifiziert und fixiert. Entsprechend dürfte eine therapeutische Behandlung kaum zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen, berufliche Massnahmen seien zwecklos und zum Scheitern verurteilt (Urk. 8/75 S. 13, S. 15 f.). Einzig das letzte vom Bundesgericht genannte Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person kann nicht als erfüllt geltend. Dies ändert jedoch insgesamt nichts, da die übrigen erwähnten Kriterien in ausreichender Schwere vorhanden sind. Die somatoforme autonome Funktionsstörung muss daher als ausnahmsweise nicht überwindbar bezeichnet werden, womit auf die von Dr. Z.____ und lic. phil. B.____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten abgestellt werden kann (Urk. 8/75 S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu erwähnen ist abschliessend, dass sich in den Akten keine medizinischen Berichte finden, welche dieser Auffassung ausdrücklich widersprechen (vgl. Urk. 8/70 insbesondere S. 4, Urk. 8/75 S. 17; vgl. auch Urk. 8/44 S. 1). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass eine here Arbeitsunfähigkeit auch ohne die Annahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden kann. Denn die medizinische Poliklinik des Spitals Y.____ wies in ihrem Gutachten vom 18. Oktober 2007 auf bestehende Rückenbeschwerden zufolge degenerativer Veränderungen hin, welche zusätzlicher Abklärungen bedürften (vgl. Urk. 8/70 S. 1-4). Entsprechende Abklärungen wurden von der IV-Stelle jedoch nicht veranlasst.

4.4 Ä Ä Ä Bei diesem Ausgang ergibt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs. Vielmehr ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der 80- beziehungsweise 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (Urk. 8/77 S. 16) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

4.5 Ä Ä Ä

4.5.1 Ä Ä Die Beschwerdeführerin beantragt die Ausrichtung einer ganzen Rente ab dem 1. Mai 2005 (Urk. 1 S. 2). Dagegen bringt die IV-Stelle vor, eine ganze Rente könne - sollte ein solcher Anspruch bejaht werden - frühestens ab Juni 2006 ausgerichtet werden. Denn eine Rente könne gestützt auf Art. 88 bis Abs. 1 lit. b IVV frühestens ab dem Monat erholt werden, für den die Revision von Amtes wegen vorgesehen gewesen sei. Die erste Rentenrevision von Amtes wegen sei für Juni 2006 vorgesehen gewesen und

die Beschwerdeführerin habe selber kein Revisionsgesuch eingereicht (Urk. 7 S. 2).

4.5.2.2. Gestützt auf das oben erwähnte psychiatrische Gutachten von Dr. Z. ___ und lic. phil. B. ___ kann davon ausgegangen werden, dass die psychische Störung per Mai 2005 zu einer zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit von 30 % und somit zu einer globalen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und eine leidensangepasste Tätigkeit von 80 % führte (Urk. 8/75 S. 16; vgl. Erw. 4.3 und Erw. 4.4).

4.5.3.1. Gemäss Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung, welche identisch ist mit der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung, erfolgt die Erhöhung der Rente - sofern die versicherte Person die Revision verlangt - frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde. Bei einer Revision von Amtes wegen erfolgt die Erhöhung der Rente frühestens von dem für diesen vorgesehenen Monat an (Art. 88 bis Abs. 1 lit. b IVV).

4.5.4.1. Am 15. Juli 2005 informierte Rechtsanwalt Dr. Felix Hunziker-Blum die IV-Stelle darüber, dass er die Beschwerdeführerin neu vertrete. Er hielt fest, es stelle sich die Frage einer Rentenrevision. Er ersuche um Zustellung der Aktenkopien (Urk. 8/33). Diese wurden ihm mit Schreiben vom 20. Juli 2005 zugestellt (Urk. 8/35). Am 22. Juni 2006 leitete die IV-Stelle sodann von Amtes wegen die bereits mit der Rentenzusprache im Jahr 2004 vorgesehene (Urk. 8/19) Rentenrevision ein (Urk. 8/40).

4.5.4.2. Zwischen der Aktenzustellung im Juli 2005 und der amtlichen Rentenrevision im Juni 2006 liess sich der Vertreter der Beschwerdeführerin nicht vernehmen und insbesondere liess die Beschwerdeführerin trotz Kenntnis der Aktenlage während fast eines Jahres kein Rentenrevisionsbegehren stellen. Allein der Hinweis im Schreiben vom 15. Juli 2005, es stelle sich die Frage einer Rentenrevision, musste bei einer anwaltlich vertretenen Person von der IV-Stelle nicht als Revisionsbegehren verstanden werden, zumal ausdrücklich nur die Aktenzustellung verlangt wurde. Vielmehr konnte die IV-Stelle davon ausgehen, dass der Vertreter der Beschwerdeführerin nach Kenntnisnahme und Beurteilung der Akten ein begründetes Rentenrevisionsbegehren stellen würde. Da ein ausdrückliches Rentenrevisionsbegehren vor dem 22. Juni 2006 bei der IV-Stelle nicht einging, ist für die Frage des Zeitpunktes der Rentenerhöhung auf den Zeitpunkt der amtlichen Rentenrevision im Juni 2006 abzustellen (Urk. 8/40). Somit kann die Rentenerhöhung frühestens per 1. Juni 2006 erfolgen. Da zu jenem Zeitpunkt gestützt auf die Einschätzung von Dr. Z. ___ und lic. phil. B. ___ zumindest eine globale Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und eine leidensangepasste Tätigkeit von 80 % vorlag (Urk. 8/75 S. 16), hat die Rentenerhöhung per 1. Juni 2006 zu erfolgen.

4.6.1. Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2006 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

5.1.1.1.1

5.1.1.1.1 Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin eine angemessene Prozessentschädigung auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG). Die Prozessentschädigung ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen.

Rechtsanwalt Dr. Felix Hunziker-Blum macht in der Beschwerdeschrift vom 12. Februar 2009 (Urk. 1 S. 11) zeitliche Aufwendungen von 4 Stunden und 15 Minuten und Barauslagen im Betrag von Fr. 75.43 geltend. Diese Aufwendungen erscheinen als angemessen. Trotz des leichten "Überklagens" und des bloss teilweisen Obsiegens ist der Beschwerdeführerin eine nicht reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 996.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zuzusprechen ([4,25 Stunden x Fr. 200.-- + Fr. 75.43] + 7,6 % = Fr. 996.--; Urteil des Bundesgerichtes in Sachen A. vom 25. Januar 2008, 9C_466/2007, Erw. 5).

5.2 Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfüng der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 22. Januar 2009 insoweit abändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2006 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 996.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Felix Hunziker-Blum

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- Stiftung Auffangeinrichtung BVG, Binzstrasse 15, Postfach 2855, 8022 Zürich

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.